

TRAITEMENT DES VARICES

PAR

l'excision de la veine saphène interne

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le Vendredi 27 Juillet 1894

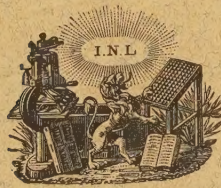
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

COTSOS P. ECONOMOS

EX-INTERNE DES HÔPITAUX DE LYON

Né à Néveska (Macédoine), le 23 décembre 1865



LYON

IMPRIMERIE NOUVELLE

3, Rue Sainte-Catherine, 3

Juillet 1894

TRAITEMENT DES VARICES

PAR

l'excision de la veine saphène interne

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le Vendredi 27 Juillet 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

COTSOS P. ECONOMOS

EX-INTERNE DES HÔPITAUX DE LYON

Né à Néveska (Macédoine), le 23 décembre 1865



LYON

IMPRIMERIE NOUVELLE

3, Rue Sainte-Catherine, 3

Juillet 1894

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. LORTET.	DOYEN.
GAYET.	ASSESEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUGHACOURT, CHAUVÉAU.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	(MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.	BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	OLLIER.
Clinique ophthalmologique	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOCHIER.
Clinique des maladies mentales	GAYET.
Physique médicale.	GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique	PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie	MONOYER.
Matière médicale et Botanique.	HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée	CAZENEUVE.
Anatomie.	FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie.	LORTET.
Physiologie.	TESTUT.
Pathologie interne.	RENAUT.
Pathologie externe.	MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales.	TEISSIER.
Anatomie pathologique.	BERNE.
Médecine opératoire	MAYET.
Médecine expérimentale et comparée.	TRIPPIER.
Médecine légale.	POLLOSSON (MAURICE).
Hygiène	ARLOING.
Thérapeutique	LACASSAGNE.
Pharmacie	ROLLET.
	SOULIER.
	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes.	LAROYENNE.
---	------------

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants.	MM. WEILL, agrégé.
Accouchements.	POLLOSSON (A.), —
Botanique.	BEAUVISAGE, —

AGRÉGÉS

MM. AUGAGNEUR	MM. DIDELOT	MM. ROCHET	MM. WEILL
BEAUVISAGE	GANGOLPHE	RODET	BARRAL
CONDAMIN	JABOULAY	ROLLET Etienne	chargé des fonctions d'agrégé.
COURMONT	LANNOIS	ROQUE	MOREAU
DEROIDE	PERRET	ROUX	chargé des fonctions d'agrégé.
DEVIC	POLLOSSON Aug.	VIALLETON	

M. ETIEVANT, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. POLLOSSON (M.), président; M. CONDAMIN, assesseur; MM. GANGOLPHE et ROCHET, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552616_0016

INTRODUCTION

S'il est une affection dont le traitement a depuis de longs siècles exercé l'ingéniosité des praticiens, ce sont assurément les varices.

Malheureusement, ici comme partout, la multiplicité des procédés démontre bien qu'aucun d'eux ne peut se targuer d'une efficacité constante. En dehors de l'état diathésique et des complications si fréquentes avant l'époque antiseptique, l'incertitude des résultats était surtout due à ce qu'on appliquait un procédé donné pour tous les cas de varices indistinctement.

C'est qu'il y a à distinguer deux grandes variétés de varices, suivant que le système valvulaire de la veine saphène interne est insuffisant ou non.

C'est la première variété qui est la plus impor-

tante, c'est elle que nous aurons en vue dans notre étude, c'est à elle que l'excision convient. Grâce à l'antisepsie et surtout à la connaissance pathogénique des désordres circulatoires dans cette variété, on a, dans ces vingt dernières années, obtenu des résultats excellents tant à l'étranger qu'en France.

Aussi n'avons-nous pas la prétention, ni de préconiser un nouveau traitement, ni de publier les premières observations intéressantes du procédé; nous avons tenu simplement à ajouter quelques nouveaux faits de plus et à montrer par une étude comparative des résultats de l'excision d'une part et de la ligature simple de la saphène d'autre part, la supériorité de la première.

Nous avons divisé notre sujet en cinq chapitres : Le premier comprend l'aperçu historique de la question.

Dans le deuxième, après un exposé sommaire des données anatomo-physiologiques de la circulation du membre inférieur, nous insistons tout particulièrement sur les conséquences de l'insuffisance valvulaire de la saphène interne, d'après les recherches de Trendelenburg.

Les troisième, quatrième et cinquième chapitres ont trait à la question des indications et contre-indications, au manuel opératoire et aux résultats de la méthode en général.

Enfin suivent quelques observations.

Il est consacré par l'usage que chacun de nous donne au début de sa thèse inaugurale un témoignage public de gratitude aux maîtres qui l'ont fait

profiter de leurs leçons et de leur expérience clinique surtout. Nous ne manquerons pas à ce que nous regardons personnellement comme un devoir.

M. Maurice Pollosson, professeur de médecine opératoire et chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Nous lui devons beaucoup de remerciements et une grande reconnaissance pour la bienveillance qu'il n'a cessé de nous témoigner, soit à l'Hôtel-Dieu où maintenant encore nous avons l'honneur de l'avoir pour chef, soit à la Faculté où sous sa direction nous avons rempli les fonctions de chef de table de médecine opératoire pendant deux années.

Dès notre nomination à l'internat, nous avons eu la bonne fortune et le grand honneur d'être l'élève de M. le professeur Ollier ; nous en serons toujours fier. Nous tenons à lui exprimer ici nos hommages respectueux ainsi que notre admiration profonde.

M. le professeur Poncet, M. le professeur Gayet, M. Cordier, chirurgien de l'Antiquaille, tous nos maîtres ont droit à toute notre reconnaissance pour leurs bons conseils et l'intérêt qu'ils nous ont toujours montré.

M. Duchamp, professeur agrégé à la Faculté et chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Saint-Etienne et M. Chavanis, médecin du même hôpital, ont été nos premiers maîtres pendant l'année que nous avons passée à Saint-Etienne comme interne. Nous les prions bien de croire à notre haute estime et à tout notre dévouement. Nous ne saurions trop remercier

M. Rochet, professeur agrégé et chirurgien de l'Antiquaille, qui nous a témoigné un grand intérêt dès le début de nos études.

Enfin nous devons tout particulièrement de la reconnaissance à M. Gangolphe, professeur agrégé et chirurgien des Hôpitaux, que nous avons eu l'honneur d'avoir comme maître et à la Faculté lorsque pendant l'année 1892-93 il a rempli les fonctions de professeur de médecine opératoire d'une façon si brillante et à l'hôpital de la Croix-Rousse où nous avons eu le loisir d'apprécier son esprit éclairé et son sens clinique.

Notre ami et collègue Eloi Durbesson nous a aidé dans la traduction des publications allemandes. Nous le remercions sincèrement.

TRAITEMENT DES VARICES

PAR

l'Excision de la Veine Saphène interne

CHAPITRE I

HISTORIQUE

Si, dans certains cas et surtout à leur début, les varices constituent une simple incommodité remédiable par quelques soins de propreté et surtout par le port de bas appropriés, elles forment d'autres fois par leur volume, par les phénomènes douloureux auxquels elles donnent lieu et par les diverses complications possibles une véritable infirmité, condamnant le porteur à un repos prolongé.

Si l'on y ajoute les dangers résultant, soit de la rupture de la poche variqueuse et de l'hémorrhagie consécutive, soit de la phlébite et de l'infection purulente si fréquente autrefois, on comprend comment

dès la plus haute antiquité on n'avait pas reculé devant l'intervention sanglante pour se débarrasser d'une telle affection.

L'extirpation date, en effet, de plus de 2,000 ans et le premier cas nous est conté par Plutarque (traduction Amyot.)

« Marius s'étant mis entre les mains des chirurgiens, car, il avait les cuisses et les jambes pleines de grosses veines et s'en faschant parce que c'était chose laide à voir, bailla l'une de ses jambes au chirurgien pour y besongner, sans vouloir estre lié comme on a accoutume de faire en cas semblable et endura patiemment toutes les extrêmes angoisses de douleur qu'il estait forcé qu'il sentit quand on l'incisait sans remuer, sans gémir, ne soupirer, avec un visage constant et assuré sans jamais dire un seul mot. Mais quand le chirurgien ayant fait à la première voulait aller à l'autre il ne la voulut pas bailler disant : je vois que l'amendement ne vaut pas la douleur qu'il en faut endurer. »

Celse (livre VII, section XXXI) préconisait comme traitement des varices, la brûlure par le fer rouge après incision de la peau, pour les varices petites, l'excision au bistouri, pour celles formant de gros pelotons.

Dans les deux procédés il conseillait de laisser des intervalles de peau de quatre doigts. A. Paré⁽¹⁾ préconisait les ligatures multiples. C'est que pour lui, les varices, étant produites par un afflux trop

(1) Livre XIII, chap. XX.

considérable de sang dans les veines, la guérison devait être obtenue par l'interruption de la colonne sanguine en différents points.

Quelquefois, il faisait une simple incision dans la veine et il déclare en avoir retiré souvent bonne et heureuse issue.

D'autres fois « on coupe souventes fois la veine en dedans de la cuisse, un peu au-dessus du genou, où à la plupart se trouve l'origine de production de la veine variqueuse. Car, communément plus bas elle se divise en plusieurs rameaux en raison en quoi l'opération est plus malaisée : Or, la cause pourquoy l'on incise, est à cette fin de couper le chemin et faire rempart au sang et autres humeurs contenues avec luy, qui abbreuvent quelques ulcères estant aux iambes : ou pour défendre les ulcères qui fluent à icelles, qui sont cause que le malade ne peut cheminer : ou pour la crainte qu'on peut avoir que par quelque accident la veine ainsi grandement estendue et dilatée ne s'y fasse ouverture laquelle serait cause d'un très grand flux de sang et causeroit la mort du malade, s'il n'estoit promptement secouru. »

On trouve dans Dionis (Cours d'opérations de de chirurgie démontrées au Jardin Royal, Paris 1714 2^{me} édition) la description d'un manuel opératoire fort précis : « la deuxième manière d'opérer est de marquer avec de l'encre la peau qui est sur la veine et de la marquer de la longueur de trois travers de doigts, de soulever ensuite cette peau en la pinçant d'en tirer un côté et de faire couper la peau à

l'endroit marqué et l'ayant relâchée de disséquer avec un scalpel ou déchaussoir le vaisseau variqueux et passer par dessous une aiguille enfilée de deux fils, de couper ces fils proche l'aiguille, d'en couler un au dessus de la varice, l'autre beaucoup au dessous, de lier ces fils à un bon pouce l'un de l'autre pour avoir la liberté de couper la veine entre les deux fils avec des ciseaux, ou de la laisser, si on juge à propos. »

Par analogie avec les anévrysmes, Everard Home pratiquait la ligature à distance dans le but de provoquer la coagulation du sang dans les tumeurs variqueuses.

J.-L. Petit décrit sa façon d'agir de la façon suivante : « A l'égard de leur destruction totale je la pratique dans deux cas : lorsqu'il y a un gros paquet variqueux enflammé et douloureux, où on fait alors une ligature au-dessus et au-dessous et on emporte la tumeur avec une portion de la peau, ou encore lorsque la varice se trouve placée dans un lieu incommode et qu'elle cause quelque difformité apparente. »

Boyer et Richerand, ont aussi, au début de ce siècle, extirpé des varices avec quelques succès. Gagnebé (Th. Paris 1830) préconisa la ligature sous-cutanée que Velpeau appliqua en 1838 et que Ricord perfectionna en 1839. Davat imagina alors la ligature médiate sur un corps étranger.

Chaumette et Lombard (Clinique des plaies récentes, Paris 1848) adoptèrent la même technique, mais en comprenant la peau dans l'anse du fil.

C'était là une opération très longue, très douloureuse et les complications en étaient terribles, quelquefois fatales ; il se fit une réaction analogue à celle qui s'était produite quelques années auparavant pour la cure radicale des hernies.

Lisfranc, a perdu trois malades sur cinq, d'infection purulente.

Vidal de Cassis, considère que faire courir un tel danger, pour une simple infirmité, est une mauvaise action.

Dupuytren redoutait la phlébite au plus haut degré.

Velpeau, Nélaton abandonnèrent complètement l'extirpation.

Les chirurgiens cherchèrent alors un moyen moins dangereux, et s'arrêtèrent tout d'abord à la cautérisation, moyen, qui n'était pas, non plus, nouveau.

Elle était, en effet, employée par Celse.

A. Paré dit : « autre manière de couper la varice est d'appliquer un cautère potentiel, qui ronge et coupe la veine, puis se retire en haut et en bas. »

Mais c'est grâce aux travaux de Bonnet et de ses élèves que cette méthode prit sa plus grande extension.

C'est Bonnet qui, inspiré par Gensoul, substitua la cautérisation potentielle à la cautérisation actuelle.

Il employait, au début, la potasse caustique, à laquelle il substitua quelque temps après la pâte de Canquoin, caustique coagulant par excellence.

Mais de l'aveu même de Valette, ce traitement offre un grand nombre d'inconvénients :

1° La douleur excessive et prolongée.

2° La nécessité d'un séjour prolongé au lit : il fallait, au moins un séjour de deux mois au lit pour la cicatrisation complète des plaies.

3° La production fréquente de cicatrices désagréables.

4° Enfin la méthode elle-même était inapplicable, lorsque les paquets variqueux siégeaient au niveau du genou ou vers les malléoles.

Malgré tout, cette méthode, a donné entre les mains de Bonnet, d'assez bons résultats, et, au moins, elle avait le mérite de ne fournir qu'une très légère mortalité.

A cause de cette longue série d'inconvénients on a cherché un autre procédé sinon plus efficace au moins offrant moins de désagréments.

On eut alors recours aux injections peri et intra-veineuse. Dans les injections péri-veineuses ou méthode d'Englich, on s'est d'abord servi de l'alcool à 5 pour 0/0, puis de l'alcool à 25 pour 0/0 (Marc Sée).

Enfin Ruge et Martin ont employé les injections d'ergotine avec des résultats plutôt négatifs.

La méthode des injections intra-veineuses est une pratique lyonnaise.

Inspirés par les travaux de Pravaz sur le traitement des anévrysmes à l'aide des agents coagulants, Bonnet, Valette, Desgranges, Pétrequin, eurent l'idée d'injecter dans les veines du perchlorure de fer. On a

soigné par ce procédé à l'Hôtel-Dieu près de 2.000 malades.

Weinlechner sur 32 cas, vit survenir une fois un phlegmon de la jambe, et 17 fois une gangrène limitée de la peau ; il s'en déclare quand même satisfait.

Pour obvier à certains inconvénients du perchlore Valette lui avait substitué la liqueur iodo-tannique.

Negretti et Bottini se sont servi du chloral à la dose de 1/4 à 1/2 gramme.

Godivin a usé d'une solution phéniquée. Mais c'était là un procédé timide, incertain et passablement dangereux par les nombreuses complications (phlébite, embolie).

Colles de Dublin et Janson ont eu recours à des appareils compresseurs analogues aux bandages herniaires qui exerçaient une compression à l'embouchure de la saphène interne dans la fémorale. Vidal de Cassis se servait de grosses serre-fines.

On a également préconisé la ligature temporaire, par laquelle on cherchait à provoquer une phlébite externe qui, se propageant à l'intérieur, amène l'adhésion des parois de la veine.

Franck de Montpellier, puis Velpeau, Roux et Jobert ont employé l'acupuncture.

Jamesson (1) et Frick (2) ont employé, sans succès du reste, le séton.

La galvanopuncture préconisée par Clavel en 1837

(1) Journal du Progrès 1828.

(2) Journal de connaissances médico-chirurgicales. 1834.

et par Pétrequin en 1845, n'a pas été plus heureuse.

Mais bientôt la chirurgie des veines allait faire un grand pas grâce à la découverte de l'antisepsie et de l'asepsie. Si l'on y ajoute l'invention de l'anesthésie qui a supprimé un des gros inconvénients de l'extirpation d'autrefois, on comprend très bien comment on est vite revenu aux opérations sanglantes des varices.

Déjà avant l'ère antiseptique, la ligature avait été pratiquée maintes fois par divers chirurgiens de notre siècle.

Delpech isolait les veines qu'il soulevait par un morceau d'amadou, procédé qui se rapproche beaucoup de la méthode de l'isolement simple de Rigaud.

Rigaud (société de chir. mai 1875) préconisa d'abord l'isolement du paquet variqueux suivi de cautérisation actuelle ou potentielle (Th. de Prumaire, Strasbourg 1852), puis, à cause de certains accidents (ouverture de l'artère spermatique et du canal déférent dans un cas) l'isolement simple, dans laquelle vaisseau complètement détaché des parties sous-jacentes, restait soulevé par un morceau de sonde gomme élastique. Mais cette méthode ne tarda pas à de tomber dans l'oubli à cause de quelques accidents dont quelques uns suivis de mort. (Un mort de Delpech et 3 sur 140 de Rigaud).

Davat reprenant la question de la ligature médiate, dans sa communication à la société de chirurgie en 1878, compte un seul revers sur 68 cas, traités par son nouveau procédé.

Félice Mari (*Rivista clin-di Bologna* 1881. « *sulla*

legature della safena associata alla medicatura di Lister per la cura radicale delle varici » rapporte six observations de guérison dans les six cas traités par Putti.

Leisrinck lia par la méthode sous-cutanée la saphène en deux endroits pour être plus assuré contre la production des varices collatérales.

Medini (*Bulletin de clin* n° 5, 1884) cite un cas où il pratiqua d'un côté la ligature, de l'autre côté le simple isolement ; le résultat fut en faveur de la ligature.

Mais la véritable opération des varices, c'est-à-dire leur excision n'a pris une grande extension que depuis les vingt dernières années.

En Angleterre, Steel, Marschall, Davies Colley, Annandale ; en Allemagne, Schede, Starke Riesel, ont fait de larges excisions avec des résultats excellents.

En 1884, Madelung de Rostock communiqua au Congrès des chirurgiens allemands de Berlin onze observations avec de bons résultats.

Langenbeck insiste par contre sur la fréquence des récidives.

Aussi Starke conseille-t-il les extirpations multiples à des hauteurs différentes pour s'opposer autant que possible au développement des collatérales.

A la même époque Le Brun et Van Hueter à Bruxelles, publient des cas favorables.

En 1885, mêmes résultats par Fry à Londres et par Franck Kendall à Dublin.

En France L. Championnière lia le premier la saphène interne en 1875.

En 1885, Schwartz proclame l'avantage de l'extirpation.

Deux ans après, il relate à la société de chirurgie ses succès dans trois cas avec cicatrisation d'un ulcère et affaïssement des veines dilatées.

Quénu, dans son article du nouveau traité de chirurgie, n'admet l'intervention que dans les cas où il existerait des douleurs tenaces.

En 1890, Montaz de Grenoble rapporte un cas de cicatrisation rapide d'ulcère après la ligature sous-cutanée de la saphène interne.

A la même époque Cerné de Rouen fait à la société de chirurgie une communication intitulée : cure radicale des varices contre les ulcères de jambe.

La même année Trendelenburg publie dans le *Beitrag f. klin. chir. Tübingen*, 1890 t. VII p. 195, un article intitulé : « De la ligature de la grande veine saphène dans le traitement des varices de jambe ».

Le professeur de Bonn insiste spécialement sur le rôle que jouent dans la production des varices et de leurs accidents, l'insuffisance valvulaire et le reflux du sang dans la saphène.

Angelo Mannotti (*Riforma med.* 1890) préconise l'extirpation pour les varices siégeant sur la face antéro-interne de la jambe, les injections intra-veineuses d'hydrate de chloral pour les autres cas.

Ricard (*Gazette des Hôpitaux* 1890.) a eu des résultats contradictoires par la ligature simple ou combinée à l'excision. Matlakovski n'a eu qu'à se louer de l'extirpation.

Et cependant malgré les résultats excellents qu'on a observés de tous côtés par l'excision, M. Delore, le distingué ancien chirurgien de la Charité de Lyon, a critiqué cette opération à la société nationale de médecine de Lyon, (*séances du 7 et 21 mai 1894*) et a proclamé la supériorité de la méthode des injections iodotanniques, qui seules, d'après lui, seraient capables d'assurer la guérison ; la crainte des embolies serait chimérique dit-il.

« C'est mal comprendre la guérison des varices dit-il, que de compter sur l'extirpation pour l'obtenir. »

Il suffirait disons-nous, de renouveler les expériences de Trendelenburg pour comprendre ce mécanisme.

Les résultats du reste, si bons et si nombreux sont là pour proclamer la supériorité incontestable de l'extirpation, méthode de choix par excellence.

CHAPITRE II

APERÇU SOMMAIRE DE L'ANATOMIE ET DE LA PHYSIOLOGIE NORMALES ET PATHOLOGIQUES DE LA CIRCULATION VEI- NEUSE DU MEMBRE INFÉRIEUR.

La circulation en retour du membre inférieur est assurée par un double système veineux, l'un superficiel, l'autre profond ; ce dernier en rapport de voisinage avec le système artériel.

L'origine du système veineux sous-cutané est représentée par une série d'arcades occupant le dos du pied, largement anastomosées entre elles et donnant naissance par leur côté interne à la veine saphène interne, par leur côté externe, à la saphène externe.

La veine saphène externe, qui est accompagnée dans son parcours par le nerf du même nom, va se jeter dans la veine poplitée ; elle émet presque tou-

jours un canal anastomotique qui vient s'ouvrir dans la saphène interne, un peu au-dessous de son aboutissement dans la veine fémorale. Cette disposition se trouvait très nette dans notre deuxième observation.

La veine saphène interne passe au-devant de la malléole interne, longe le côté interne du tibia, puis le côté antéro-interne de la cuisse et vient se jeter finalement dans la veine fémorale à deux travers de doigts environ au-dessous de l'arcade crurale.

A sa terminaison, la saphène interne présente une dilatation assez considérable, point qui est parfois le siège d'une ectasie ampullaire (lac de la saphène) suffisamment étendue pour avoir fait croire quelquefois à une hernie crurale. Dans son trajet jambier, elle est en rapport presque continu avec le nerf saphène interne, au niveau du canal de Hunter, avec l'anastomose de ce dernier avec l'accessoire du saphène interne. — Dans leur trajet, les deux saphènes reçoivent un grand nombre de petites veines provenant des téguments correspondants.

De plus, la saphène interne reçoit au niveau de son embouchure :

1° Les veines honteuses sous-cutanées ; 2° une grosse veine de la région fessière ; 3° les veines tégumentieuses abdominales ; 4° souvent la veine superficielle de la verge ou du clitoris.

Les parois de la saphène interne, très riches en fibres musculaires pour lutter efficacement contre les effets de la pesanteur, sont munies de valvules, les unes incomplètes, les autres complètes.

Les auteurs sont loin d'être d'accord, aussi bien

sur le nombre que sur la situation qu'elles occupent.

Il résulte des recherches de Houzé que ce nombre varie de onze à vingt pour la saphène interne.

Klotz (*Arch. für anat. und physiol.* 1887), qui a bien étudié la saphène interne, principalement, au point de vue de la disposition de ses valvules, en admet cinq pour la région fémorale, le plus souvent même trois seulement. L'une d'elles occuperait le lac de la saphène, l'autre l'union du tiers supérieur avec le tiers moyen, enfin, la troisième, l'union du tiers moyen avec le tiers inférieur.

Pour le même auteur, la veine saphène serait assez souvent double, surtout à la cuisse, auquel cas il en résulterait, suivant l'expression de l'auteur, des formations insulaires.

ANASTOMOSES

Elles ont lieu :

1° Entre la saphène interne et la saphène externe sur une grande hauteur;

2° Entre les deux saphènes et les veines profondes.

La saphène interne communique :

a) Au niveau du coup-de-pied avec les veines pédieuses et les veines tibiales antérieures et postérieures.

b) Le long de la jambe avec les mêmes veines tibiales.

c) A la cuisse avec la veine fémorale par deux ou

trois anastomoses qui perforent l'aponévrose en dedans du couturier. (Thèse de Le Dentu, 1867) (Jaboulay et Condamin, *Lyon médical*, 1889, page 145.)

Dans les veines saphènes et les veines profondes, les valvules sont naturellement disposées de façon à permettre le cours du sang vers le cœur.

Quant à leur orientation dans les veines anastomotiques, le désaccord a subsisté pendant assez longtemps.

Houzé et Sappey admettaient que dans toutes les anastomoses directes de la saphène interne, le sang reflue des veines profondes vers les superficielles.

Braun (*Arch. für Anatomie*, 1871-72) a, au contraire, établi que l'orientation des valvules de ces veines anastomotiques est telle, que le courant sanguin est dirigé des veines superficielles vers les profondes.

Le même auteur a établi que le nombre des valvules capables de fonctionner diminue avec l'âge à partir de 25 ans, et que nombre de ces veines anastomotiques sont dépourvues de valvules.

Klotz (*Arch. für Anat. und physiol.*, 1887), reprenant la question, arrive à la conclusion de Le Dentu (th. 67), à savoir que les valvules sont disposées de façon à empêcher le sang de rétrograder vers les troncs mêmes des saphènes.

Au pied, les valvules permettent le passage du sang des veines profondes vers les veines superficielles.

A la jambe et à la cuisse, c'est l'inverse qui a lieu.

Il y a lieu de diviser les varices, avec Trendelenburg, en deux classes.

1° Varices sans participation du tronc principal de la saphène.

2° Varices des veines de la jambe avec dilatation simultanée du tronc de la saphène interne.

C'est cette dernière variété qui est la plus importante et que nous aurons surtout en vue dans notre étude.

La saphène interne se présente sous la forme d'un cordon plus ou moins résistant, suivant la tension de son contenu et de volume variant de celui du petit doigt à celui du pouce. Elle forme une traînée bleuâtre perceptible même dans le décubitus dorsal. Tantôt la veine paraît uniformément variqueuse, tantôt localisée aux trois points si bien étudiés par Trendelenburg et qui correspondent à l'embouchure de la saphène interne à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen et enfin à l'union du tiers moyen avec le tiers inférieur de la cuisse, c'est-à-dire au niveau des trois valvules signalées déjà.

Broca, le premier, en disséquant les veines d'un membre inférieur dans le but de vérifier les assertions de Briquet sur la pathogénie des varices, avait vu des varices profondes coïncider avec des varices superficielles.

Denucé avait aussi souvent constaté cette coïncidence.

Il en est de même de Deville et de Fouché.

M. Verneuil, mis en éveil par les assertions un peu vagues de ces auteurs, entreprit une série de

recherches laborieuses, à la suite desquelles il était arrivé aux conclusions suivantes : (1)

1° Les varices du membre inférieur n'affectent aucune prédilection pour le côté gauche.

2° Le siège primitif des varices réside dans les veines profondes.

3° Les veines intra-musculaires, l'anneau du soléaire et les anneaux musculaires jouent un grand rôle dans la production des varices.

4° L'insuffisance valvulaire prend ensuite une place secondaire très importante.

Alfred Hugues (*British med. journ.* juillet, 1887), a disséqué quatre sujets variqueux où les veines superficielles étaient très variqueuses, alors que les veines profondes étaient indemnes.

Il attribue ce résultat au soutien que les contractions des muscles offrent aux veines profondes, tandis que les veines superficielles dépourvues de support, se laissent facilement dilater.

Legendre (th. Lyon, 1881), montre aussi que la loi de Verneuil n'est pas toujours vraie.

Nous n'avons pas à nous arrêter sur ce sujet. Nous dirons seulement que quelle que soit la part qu'on attribue au mémoire de Verneuil, il n'en est pas moins vrai que le fait capital dans la grande majorité des cas de varices, est l'insuffisance valvulaire de la saphène.

Du reste, alors même que la loi de Verneuil serait toujours vraie, il n'y aurait pas lieu de changer de

(1) *Gazette méd.*, Paris, 1855.

ligne de conduite, tant que les valvules des veines poplitée et fémorale fonctionnent normalement.

Nous reviendrons, du reste, sur cette question.

Lorsque la saphène interne, au lieu d'être uniformément variqueuse, présente seulement quelques points dilatés, ces derniers correspondent à des valvules suivant cette loi que dans la dégénérescence variqueuse, les points où il y a des valvules, sont les premiers atteints.

Cet élargissement qui serait latéral plutôt que circulaire, présente son plus grand diamètre non pas au-dessus de la valvule, comme on serait tenté de le croire, mais bien au-dessous d'elle.

C'est, en effet, au-dessous de la valvule que la paroi est le plus mince, parce qu'à l'état normal c'est là que la pression est moindre, d'où la formation d'une varice circonscrite à ce niveau, lorsque la colonne sanguine vient à y presser dans l'insuffisance valvulaire.

Quelque soit la théorie qu'on adopte dans la pathogénie des varices, il n'en est pas moins vrai que le grand facteur qui aggrave singulièrement l'état phlébectasique, est cette insuffisance valvulaire qui a pour conséquence de déterminer par son intermédiaire au niveau du point phlébectasié une pression qui s'étend depuis ce point même jusqu'au cœur droit. Pour Trendelenburg les valvules sont forcées aussi bien dans le tronc de la saphène que dans les voies anastomotiques. Il n'y aura plus obstacle au reflux du sang et les veines fémorale, iliaque et cave n'ayant pas de valvules, du moins suffisantes,

ne forment plus avec la saphène qu'un long canal, une longue colonne qui pèse de tout son poids sur les rameaux de deuxième ordre et dont l'action se fait sentir jusqu'à leurs terminaisons cutanées. Trendelenburg démontre la réalité de ce reflux dans une série d'expériences.

Nous avons pu, nous-mêmes, constater ces faits avec la plus grande netteté sur nos deux malades.

Lorsque, le malade étant couché, on élève la jambe, la pression atmosphérique détermine une légère dépression au niveau des renflements de la veine, à cause de la minceur de la peau et de la paroi veineuse à ce niveau.

Chez un de nos malades, on voyait se former une rigole des plus nettes, tout le long du trajet fémoral de la saphène. Si on élève la jambe à une hauteur intermédiaire entre la verticale et l'horizontale, de sorte que la partie moyenne de la saphène fémorale soit au même niveau que le cœur droit, on voit clairement le sang monter et descendre d'une hauteur de deux centimètres environ, par les modifications de la pression intra-abdominale sous l'influence de la respiration.

La pression sur l'abdomen et la toux font encore mieux voir cette influence. Si l'on fait lever le malade, on voit bien que la réplétion rapide des paquets variqueux est due, presque entièrement, au sang qui descend de la veine iliaque.

Si, d'autre part, on applique un doigt sur la veine saphène vers le canal de Hunter, avant de faire lever le malade, on voit que les veines ne se remplissent que très lentement et très peu.

Le sang en somme, qui monte des capillaires, n'est qu'en quantité minime.

« Le tronc élargi de la saphène se comporte comme un bras de fleuve qui vient se terminer dans un Delta. La réplétion dépend plus du reflux de la mer que du courant propre du fleuve », dit Trendelenburg.

Des recherches auxquelles l'auteur s'est livré pour évaluer la quantité de sang reflué, en plongeant le membre inférieur dans un vase cylindrique plein d'eau, il résulte que cette masse de sang peut être évaluée approximativement à 250 grammes.

C'est ce reflux qui rend les hémorrhagies profuses et dangereuses.

Déjà avec un orifice de la dimension d'une tête d'épingle, le sang jaillit sous forme d'un jet assez fort, et si l'orifice est plus grand, on peut croire à une hémorrhagie artérielle.

C'est ainsi qu'on s'explique les quelques observations de mort survenue en quelques instants.

Mêmes les petites varices cutanées des malléoles ou du dos du pied, se trouvent soumises à la même influence de l'énorme pression sanguine, dès lors qu'elles font partie du domaine de la saphène. Elles aussi ne sont nourries qu'en partie seulement par les capillaires et leur réplétion se fait surtout de haut bas.

L'influence de cette pression de la colonne sanguine se remarque aussi très bien sur les vieilles cicatrices ; pour peu, en effet, que par suite d'un effort la pression s'élève l'on remarque aussitôt

une teinte violacée, indice d'une extravasation sanguine.

Donc, la conséquence forcée, logique, de la connaissance des lois d'hydrostatique énoncées plus haut, est d'empêcher ce reflux de sang par une obstruction permanente, ce qui est obtenu par une double ligature avec excision du segment de la veine situé entre les deux fils.

C'est une opération qui paraît paradoxale de prime abord à tous ceux qui, connaissant les lois physiologiques de la circulation, ne sont pas au courant des nouvelles recherches sur les effets de l'insuffisance valvulaire.

On serait, en effet, disposé à croire qu'on va aggraver le mal en mettant un obstacle à l'ascension du sang de la saphène. Mais la connaissance de l'orientation des veines anastomotiques suffit pour nous faire comprendre quelle sera la nouvelle voie de retour du sang de la saphène.

Les voies capitales de la circulation en retour du membre inférieur sont : la veine poplitée et la veine fémorale.

Les veines saphènes ne constituent que des voies collatérales, aidant simplement par suppléance cette circulation.

On peut donc les considérer comme des canaux de sûreté.

Comment va agir la ligature ?

Les auteurs croyaient jusqu'à ces derniers temps qu'elle agissait par la phlébite qu'elle déterminait.

Aujourd'hui, avec Fischer, Spencen, etc., o

n'est pas étonné de la possibilité de l'accolement des parois veineuses sans thrombose préalable.

Mais la meilleure explication est encore celle de Trendelenburg : « Le sang, qui des capillaires pénètre dans les branches d'origine de la saphène et dans les varices, est porté par une veine communicante dans une veine profonde. Ce sang ne remplira les varices à l'extrémité inférieure de la saphène, que jusqu'à ce que la pression sanguine soit égale dans celle-ci et dans le segment de la veine profonde qui communique avec elle ; dès que la pression devient plus élevée, le sang s'écoule vers la veine profonde.

Il est difficile de se représenter comment se fait la circulation avant la ligature, il est certain que les conditions diffèrent suivant que les muscles sont ou ne sont pas contractés.

Lorsqu'il n'y a pas contraction musculaire, le sang est poussé dans les veines profondes encore pourvues de valvules et dans le canal encore dilaté de la saphène par la vis à tergo.

Quand les muscles entrent en contraction, l'action aspirante des valvules veineuses entre en jeu, et le torrent sanguin avance plus rapidement dans les veines profondes.

Après la ligature, le sang se trouve dans les varices et les veines initiales, à une pression inférieure à celle qui règne dans la veine profonde correspondante, pression qui variera, du reste, suivant que les valvules les plus voisines seront ouvertes ou fermées.

Avant la ligature, ces varices et ces veines sup-

portaient en outre le poids de la colonne sanguine de plus d'un mètre de hauteur, constituée par les veines saphène interne, fémorale, iliaque et cave.

On voit que l'influence de la diminution de pression ne peut être que favorable sur les varices et les veines terminales.

Avant la ligature, ces vaisseaux n'étaient que temporairement délivrés de cette pression pendant le décubitus horizontal ; maintenant ils le sont d'une façon définitive, ils sont moins tendus et retrouvent à la longue, une partie de l'élasticité qu'ils avaient perdue. »

Si, le sujet couché, on comprime la saphène sans l'avoir préalablement vidée, et que l'on élève ensuite la jambe, les varices se vident quand même, quoique plus lentement, par les voies communicantes qui conduisent le sang dans les veines profondes.

Même au cas, où d'après la loi de Verneuil, ces petites veines seraient dégénérées, cette circonstance n'aurait pas un effet bien déplorable, tant que les valvules de la poplitée et de la fémorale fonctionnent bien. Lorsque cette condition est remplie, l'effet de la pression de la colonne sanguine ne peut se manifester sur ces veines.

Lorsqu'un fil est placé autour d'une veine d'après Malgaigne, Nicaise, Billroth etc., toutes les tuniques se plissent et demeurent pressées les unes contre les autres sans la moindre solution de continuité.

Pour Boeckel et Gross, au contraire, la constriction aurait pour conséquence de faire céder les tuniques interne et moyenne, tout comme dans la constriction des artères.

Au-dessus et au-dessous du fil constricteur le sang se coagule jusqu'à la première collatérale.

Au bout de quelques jours ce caillot est sillonné de néocapillaires et de bourgeons cellulaires provenant de la prolifération de l'endoveine. Ce caillot ainsi organisé aurait de la tendance à devenir fibreux et à assurer ainsi, pour les partisans de la ligature simple, l'obstruction permanente du vaisseau et à prévenir par conséquent toute récurrence.

Mais Minkievicz a montré par de nombreuses expériences la possibilité du retour de la perméabilité des vaisseaux ainsi primitivement obstrués.

CHAPITRE III

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS

De ce qu'on est variqueux, cela n'implique nullement qu'on doive recourir toujours à une intervention sanglante. Ici, comme du reste pour tous les cas de chirurgie, on doit peser le pour et le contre avant de prendre le bistouri.

Il est même des cas où l'on ne doit pas penser, même à un traitement palliatif.

C'est ainsi qu'on respectera absolument les varices chez les femmes enceintes, les varices symptomatiques d'une affection cardiaque, etc.

Dubois insistait beaucoup sur les accidents qui peuvent être la conséquence de la compression des varices chez les femmes enceintes et Depaul lui-même dit avoir vu de petites hémorrhagies utérines et

même pulmonaires se déclarer par l'usage des bas élastiques et disparaître dès qu'on cessait de les porter.

Une phlébite du membre inférieur correspondant même localisée, serait une contre-indication du moins temporaire. L'existence d'un foyer purulent, sur n'importe quelle région du corps est aussi une contre-indication, sous peine de voir survenir la phlébite.

L'âge trop avancé, les lésions pulmonaires de nature tuberculeuse et un peu avancées constituent également une circonstance défavorable.

Enfin, les variqueux étant pour la plupart des arthritiques, on doit examiner les urines : la présence du sucre et de l'albumine constitue aussi une contre-indication.

En dehors de ces cas, où l'on doit s'abstenir absolument, il en est d'autres où l'on se contentera d'un traitement palliatif.

Dans les cas peu avancés et notamment chez les rentiers on se contentera de conseiller le repos, pendant une grande partie de la journée sur une chaise longue, des soins de propreté minutieux et le port de bas élastiques avec la précaution de changer ceux-ci, dès que leur élasticité aura été lassée.

On doit même conseiller ces moyens palliatifs dès qu'aux signes donnés par Verneuil (lourdeur, engourdissement du membre inférieur, douleur tensile, gravative, crampes, augmentation de la sécrétion sudorale), on sera en droit de soupçonner l'existence de varices profondes.

L'indication principale se réduit donc, dans ces cas, à favoriser le cours du sang veineux, soit en écartant les obstacles mécaniques (ceintures, jarretières), soit en suppléant à l'insuffisance du tonus veineux par l'application d'un soutien extérieur adapté à la surface du membre. Mais la conduite ne sera plus la même si, au lieu de rentiers, on a affaire à des travailleurs ; chez ceux-ci la fatigue, l'usure rapide des bas, le manque de soins de propreté, l'absence de ces milles petites précautions indispensables, auront pour résultat des ulcères rebelles, des phlébites, etc., accidents qui cèdent au repos puis récidivent dès la reprise du travail. Chez ces estropiés qui, suivant le mot de Boyer, deviennent la vermine des hôpitaux, un traitement énergique s'impose surtout lorsque la douleur tourmente beaucoup les malades. Verneuil expliquait cette douleur par la compression des filets nerveux intra-musculaires par les varices profondes.

Mais Quénu a montré par des dissections l'indépendance complète des veines et des nerfs dans l'épaisseur des muscles ; il a mis alors le premier en lumière les altérations du système nerveux périphérique chez les variqueux.

Nous pouvons résumer les principales indications formelles de l'intervention armée en ces quelques lignes :

1° Les douleurs tenaces le long de la saphène interne.

2° La constatation nette de l'insuffisance de la saphène.

3° Les gros paquets variqueux qui constituent une gêne notable et qui peuvent causer des douleurs par la compression qu'ils exercent sur les nerfs voisins.

4° L'état lisse, pigmenté et aminci de la peau qui par cela même est exposée à céder sous la moindre pression.

5° Enfin, l'intervention est indiquée d'urgence dans les hémorrhagies veineuses.

On voit donc que, si les raisons qui militent en faveur de l'intervention sont nombreuses, les raisons qui plaident contre elle sont encore assez multiples. Au chirurgien de faire la part des unes et des autres pour offrir ou refuser au malade le bénéfice de l'opération.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT

L'indication de l'intervention sanglante étant ainsi nettement posée, il faut faire le choix entre deux méthodes qui se disputent aujourd'hui l'honneur.

Ces méthodes sont :

1° La ligature simple de la saphène.

2° L'excision de la veine en un ou plusieurs points entre deux ligatures.

La ligature simple a été employée de diverses façons. Aussi peut-on en considérer trois variétés :

a) Ligature percutanée employée surtout avant l'antisepsie.

Chaumette introduisait un fil sous les veines, qu'il étranglait contre la peau.

Davat glissait une épingle en arrière du vaisseau qu'il perforait de part en part avec une seconde épingle placée parallèlement à la veine. Les épingles sont croisées et un fil en huit de chiffre est jeté sur elles pour rapprocher les parois veineuses. Les épingles étaient enlevées du quatrième au septième jour.

Montaz (*Dauphiné méd.*, 1890) serre la veine et la peau avec un crin de Florence, il renouvelle la même opération à des distances très rapprochées. L'auteur s'est bien trouvé de cette conduite dans trois cas.

On obtient ainsi la thrombose de la veine qui au bout de quelques jours, se trouve transformée en un cordon plein qui ne tarderait pas à devenir fibreux.

b) Ligature sous-cutanée.

Ici la veine seule est étreinte par une anse de fil dont les deux chefs sortent par la même ouverture cutanée. Mais c'était là une opération aveugle, coupable surtout de prendre souvent dans la même anse le nerf saphène interne et de déterminer à la suite des phénomènes douloureux persistants. Aussi, est-elle complètement délaissée. Il reste donc :

c) La ligature à ciel ouvert qui compte encore un assez grand nombre de partisans. Préconisée d'abord par Everard Home (1) à la fin du siècle dernier, elle a été souvent employée depuis par L. Championnière, Ricard, Chalot, etc.

(1) *On the treatement of ulcers, etc. Nebers*, v. Loder, 1799.

Schede eut l'idée de comprimer les veines variqueuses sur une grande étendue à l'aide d'un drain sur lequel il nouait des fils de catgut passés sous le vaisseau à des distances de deux centimètres.

Mais le procédé n'a pas répondu à l'attente de l'auteur, puisque au Congrès des chirurgiens allemands en 1884 il regarde l'extirpation comme la meilleure méthode.

M. Chalot dans la thèse de son élève, M. Estienny (Th. Toulouse 1893) se déclare nettement partisan de la ligature simple à ciel ouvert, à cause de la simplicité, dit-il, de l'opération et de la sécurité qu'elle laisse à la circulation de retour du membre inférieur, lorsqu'on opère, comme il le conseille, à trois travers de doigts au-dessus du genou, ce qui respecte l'anastomose de la saphène interne avec la saphène externe.

Mais d'abord l'excision ajoutée à la ligature ne complique pas sensiblement l'opération : la région n'est pas bien dangereuse ; d'autre part, la conservation du canal anastomotique entre les deux saphènes n'est pas bien nécessaire, étant donnée l'abondance des voies communicantes entre les deux saphènes et le système veineux profond. Enfin il serait à craindre que l'énorme pression de la colonne sanguine ne rendît à la longue le système valvulaire de la saphène externe insuffisant, auquel cas tout serait à refaire.

Une autre objection bien plus sérieuse à faire à la ligature simple est la suivante : on croyait jusqu'à ces dernières années que, lorsqu'un fil constricteur est placé autour d'une veine, le sang se coagule au-

dessus et au-dessous du fil jusqu'à la première collatérale. Au bout de quelques jours, le caillot sillonné de néocapillaires et de bourgeons cellulaires provenant de la prolifération de l'endoveine devenait fibreux par organisation graduelle, la lumière du vaisseau aurait donc été définitivement obstruée.

Mais Minkiewicz (*Arch. de Virchow*, t. XXV, p. 193) a montré, par de nombreuses expériences, le rétablissement possible de la lumière du vaisseau.

Tandis qu'en faisant suivre la ligature d'une excision plus ou moins étendue de la saphène, on se garantit sûrement contre le retour d'un tel accident. Si quelques auteurs, malgré cette mesure, ont cru à une régénération de la veine et au rétablissement de la lumière du vaisseau, c'est parce qu'ils ont pris pour la saphène opérée tout simplement une veine collatérale considérablement grossie.

Nous pouvons donc conclure que la méthode de choix sera la ligature combinée à l'excision. C'est elle, en effet, qui offre le plus de garanties contre la récurrence.

Du reste, en faveur de l'extirpation vient encore la lecture des observations de quelques auteurs dont les uns ont employé la ligature simple, les autres la ligature avec l'excision.

Trendelenburg a eu sur neuf opérés par sa méthode, depuis 1880 à 1889, neuf résultats immédiatement excellents. Un des malades a été revu cinq ans après ; le bon résultat se maintenait.

Quénu (*Société de chir.*, 25 nov. 1891) a lu un rapport intitulé : Cure radicale des varices contre

les ulcères de jambe. Il a obtenu un très bon résultat.

Dans la séance du 9 décembre de la même année, Reynier appuie le rapport de Quénu par quatre observations personnelles où l'excision de la saphène avait donné de bons résultats autant pour les varices que pour les ulcères.

Dans la thèse de M. Cordebard (Paris, 1893), nous trouvons seize observations de varices traitées par l'excision, partout le résultat immédiat a été bon.

Dans la thèse de Charrade (Paris, 1893), nous trouvons quatorze cas d'excision et deux de ligature simple, le résultat a été moins satisfaisant dans les deux derniers cas.

Rémy (*Gazette des Hôpitaux*, avril 1892) a pratiqué l'excision sur quarante-quatre malades. A part un mort d'angioleucite, tous les autres ont guéri. Treize ont été revus et suivis avec conservation parfaite du bon résultat immédiat.

Fry (*British Méd. Journ.*, 1885) s'appuyant sur les heureux résultats de Darvies Colley a opéré six malades par l'excision. Deux ans après, les varices n'avaient pas reparu.

Dans la thèse d'Estienny (Toulouse, 1893), nous trouvons huit observations de ligature simple, le résultat immédiat est assez bon, inférieur cependant à celui de l'excision.

Pour toutes ces raisons, nous croyons donc que l'excision doit être en tous cas la méthode de choix.

MANUEL OPÉRATOIRE :

Après avoir pris toutes les précautions ordinaires pour l'anesthésie générale du sujet et pour l'asepsie du champ opératoire, des mains de l'opérateur et des instruments, on procédera à l'opération. Celle-ci, disons-le tout de suite, est assez simple et à la portée de tout praticien, d'autant plus que les instruments nécessaires (un bistouri, une paire de ciseaux, une pince à dissection et quelques pinces hémostatiques) se trouvent entre les mains de tout médecin.

Quoique le trajet de la veine soit presque toujours assez nettement décelé par une ligne ombrée, il est préférable de ne pas se servir de la bande d'Es-march. Cela permettra de mieux encore voir la veine.

On fera alors au point le plus dilaté de la veine, lequel correspond en général au niveau de l'union du tiers moyen avec le tiers inférieur de la cuisse, une incision d'une hauteur variable suivant les cas.

Trendelenburg se contente d'une incision de trois centimètres.

Les auteurs, qui ont suivi cette pratique, ont conseillé des incisions plus étendues pour mieux se garantir contre la récurrence.

Une incision de sept centimètres paraît convenir assez bien.

De plus, il est bon d'en pratiquer une deuxième

de la même longueur, dont l'extrémité supérieure arrive à une faible distance de l'embouchure de la saphène dans la fémorale.

Des circonstances particulières peuvent obliger le chirurgien à faire de nouvelles incisions suivies naturellement toujours d'excision. C'est lorsque, par exemple, on constate des paquets variqueux très volumineux au niveau du mollet, ou lorsque à côté de la saphène principale se trouve une autre branche trop volumineuse pour ne pas craindre la réapparition prompte des accidents après l'opération.

On peut inciser la peau, soit directement sur la veine elle-même, soit légèrement à côté, ce qui est préférable.

La peau incisée sur toute la hauteur, on procédera ensuite à la dénudation de la veine, soit avec la sonde cannelée et une pince à dissection, soit simplement avec des ciseaux courbes pendant qu'un aide écartera les lèvres de la plaie ; la veine sera liée aux deux extrémités de l'incision avec un catgut moyen, puis excisée.

On prendra soin d'appliquer des pinces hémostatiques sur toutes les veines collatérales, puis on les liera au catgut. On évite ainsi une perte de sang qui pourrait dans le cas particulier retarder la cicatrisation de la plaie cutanée.

Dans l'excision de la veine, pour éviter la perte de sang, en si minime quantité soit-elle, il est bon d'élever la jambe à la verticale pour vider complètement le contenu veineux, avant de serrer les fils.

Le lavage de la plaie est inutile.

Lorsque l'excision d'un large paquet variqueux exige une dissection de la peau trop étendue qui menace de produire des décollements, il vaut mieux faire une seconde incision parallèle à la première.

Il est bon d'inciser la peau par petits coups pour ne pas ouvrir des veines variqueuses qui sont souvent très rapprochées du derme.

Quand les varices sont accompagnées de varices des capillaires ou des veinules de la peau, l'incision est quelquefois suivie d'une hémorrhagie très abondante. En pareil cas, il suffit de tirer fortement sur chaque lèvre de la plaie cutanée avec des écarteurs à griffes.

On peut rencontrer dans la dissection des veines d'autres difficultés dûes :

- 1° aux adhérences avec les tissus ambiants ;
- 2° à l'abondance du pannicule adipeux ;
- 3° à la nature des veines.

A côté, en effet, des varices résistantes et solides qu'on peut décoller par traction et quelques coups de bistouri, il y en a d'autres, au contraire, qui sont friables et sans résistance ; elles cèdent alors à la moindre traction, se rompent à chaque instant et saignent.

L'existence ou, même, le voisinage simple d'un ulcère, complique l'opération.

On terminera par la suture de la peau au moyen de fils métalliques ou de crins de Florence.

Après un bon pansement compressif qui comprendra toute la hauteur du membre inférieur, on recommandera au malade l'immobilité absolue pen-

dant quelques jours ; ce dont on serait plus sûr encore en mettant le membre dans une gouttière qui monte jusqu'à la racine de la cuisse.

Lorsqu'on a bien choisi le cas et qu'on a gardé toutes les précautions voulues, les suites opératoires doivent être simples. Le malade ne doit pas souffrir, ni présenter une température dépassant 37,5.

On enlèvera les fils vers le sixième jour et quatre jours après le deuxième pansement le malade pourra marcher sans aucun inconvénient.

CHAPITRE V

RÉSULTATS DE L'OPÉRATION

Une question qui se pose d'elle-même, à la suite de tout ce que nous avons dit jusqu'ici, est de savoir si les opérés par l'extirpation sont ou non radicalement guéris. Ceci nous force à nous arrêter un moment sur les théories pathogéniques des varices.

En laissant de côté l'opinion d'A. Paré, qui incriminait une altération humorale (sang mélancolique), nous nous trouvons en présence de deux théories.

1° Théorie mécanique ;

2° Théorie anatomo-pathologique, datant de Briquet.

Chacune de ces deux théories est probablement vraie en partie.

La théorie mécanique a pour elle le siège même des varices.

On a, cependant, observé des varices localisées au membre supérieur.

Ainsi, Bâinardi de Pavie, Giraud (Cartier, *Précis d'observ. de chir.*, Lyon 1802, p. 134), Petit et Chrysaphis (*Dict. de méd. et de chir. prat.*) en ont observé.

Toutefois, il faut remarquer qu'il s'agit, dans toutes ces observations, de cas congénitaux.

La théorie anatomo-pathologique a été défendue par plusieurs auteurs et de différentes façons.

Dubois, Barnes, Lancereaux font intervenir le système nerveux, en s'appuyant sur la co-existence fréquente de névralgies.

Rienzi incrimine la paralysie des vaso-constricteurs amenant l'hypérémie des parois vasculaires, bientôt suivie de phlébite chronique.

D'autres placent la phlébosclérose concurremment avec l'artériosclérosé, sous l'influence des mêmes diathèses (arthritisme, goutte, saturnisme, alcoolisme),

Mais, les partisans de la théorie mécanique ont objecté à leur tour, et avec plus de raison, l'intégrité du membre supérieur, l'existence des varices chez les jeunes, etc.

Quoiqu'il en soit, devant la multiplicité des causes qui sont, pour la plupart, sous la dépendance d'un état diathésique, la chirurgie ne peut pas prétendre ici à une cure radicale du mal.

Le seul traitement vraiment curatif serait celu

qui, s'adressant à tout le système veineux d'un membre, serait capable de rendre aux parois vasculaires leur élasticité et leur souplesse normales.

Mais, la chirurgie donne ici, en supprimant le grand facteur des désordres observés, c'est-à-dire la pression de la colonne sanguine de un mètre de hauteur, une cure palliative prolongée qui vaut bien la peine d'être recherchée.

Après l'extirpation, nous voyons s'améliorer sensiblement, disparaître même souvent, un grand nombre d'accidents dûs aux varices.

Ainsi, l'œdème disparaît.

Les ulcères qui sont dûs, d'une part, au trouble circulatoire, d'autre part, à un état diathésique (arthritisme, herpétisme, Bazin, Lancereaux), auront bénéficié beaucoup de l'intervention qui aura fait disparaître le principal facteur, c'est-à-dire l'énorme pression de la colonne sanguine.

Ne voit-on pas, en effet, souvent des ulcères guérir par le décubitus dorsal, c'est-à-dire en faisant disparaître l'action de la pesanteur et s'ouvrir de nouveau dès que les malades marchent ?

Les phénomènes douloureux s'amendent d'une façon remarquable.

Enfin, certains troubles de la peau (érythèmes, eczémas) seront, au moins, améliorés.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Personnelle)

Varices douloureuses du membre inférieur gauche. — Ligature et section de la saphène interne en deux endroits. — Guérison.

Ch. Jean, confiseur, 33 ans, entre le 28 mai 1894 à Saint-Louis, lit 51, dans le service de M. le professeur Maurice Pollosson.

Rien de particulier à noter du côté de ses antécédents héréditaires, si ce n'est que sa mère est atteinte de légères varices depuis très longtemps. Pas de maladie antérieure. Rien au cœur. Le malade a fait quatre ans de service militaire. Depuis cinq ans qu'il exerce la profession de confiseur, il est obligé de se tenir debout la plus grande partie de la journée.

Début assez brusque de l'affection il y a deux ans. Bientôt après, des picotements fréquents le long de la jambe et des crampes pénibles au mollet, principalement la nuit.

Dès le début, le malade a eu recours à des bas élastiques qui ne lui ont procuré, du reste, aucun soulagement.

Depuis trois mois, la station debout lui était devenue si pénible qu'il s'est vu forcé de quitter le travail.

La jambe et tout spécialement le mollet était sillonnée par de grosses varices décrivant des sinuosités.

La veine saphène interne, visible dans tout son trajet fémoral, formait dans la station debout un gros cordon dur du volume du petit doigt ; la peau, à ce niveau, présentait une teinte d'un jaune verdâtre.

Dans le décubitus dorsal, la grosseur des varices diminuait dans des proportions considérables. Mais dès que le malade mettait pied à terre, on voyait nettement le sang descendre de la saphène interne pour remplir les paquets variqueux du mollet. Lorsque nous appliquions un doigt sur la saphène au niveau du canal de Hunter, les varices du mollet ne se remplissaient, dans la station debout, que d'une façon incomplète et très lentement. L'élévation de la jambe avec pression sur le trajet fémoral de la saphène, après avoir laissé le système variqueux se remplir bien, montrait que le système valvulaire des veines poplitée et fémorale fonctionnaient normalement. En effet, les veines superficielles de la jambe se vidaient bien, dans ce cas, sans pouvoir se remplir lorsqu'on abaissait la jambe.

Enfin, fait rarement noté, la circonférence du mollet correspondant présentait deux centimètres de moins que celle du côté opposé.

Vingt jours après l'opération il ne restait plus qu'à peine un centimètre de différence.

Le 29 mai, opération.

Après anesthésie générale à l'éther, M. le professeur Maurice Pollosson fit deux incisions de huit centimètres chacune sur le trajet de la saphène ; l'inférieure aboutissait en bas à trois travers de doigts au-dessus de l'interligne articulaire du genou ; la supérieure arrivait à un peu plus de deux travers de doigts au-dessous de l'arcade crurale. La veine, disséquée sur toute l'étendue de l'incision cutanée, a été excisée entre deux ligatures. Quelques collatérales ont été liées aussi au catgut.

Suture cutanée au moyen de fils métalliques ; pansement légèrement compressif et immobilisation du membre dans une gouttière ; les suites opératoires ont été des plus simples :

Le malade n'a présenté ni fièvre, ni douleur. Nous avons enlevé les fils le huitième jour.

La réunion des lèvres de la plaie a été parfaite. Nous avons fait un deuxième pansement.

Cinq jours après, le malade ne portait aucun pansement.

Le résultat a été excellent ;

Le malade reste des heures entières debout sans bas élastiques et n'éprouve aucune douleur.

Les varices du mollet ne se forment plus qu'en partie.

Le 10 juillet, le malade quitte le service pour aller reprendre son travail.

OBSERVATION II

(Personnelle)

Varices du membre inférieur droit. — Excision de la saphène entre deux ligatures en trois points. — Extirpation d'un paquet variqueux au mollet.

Jean-Pierre Jz., 61 ans, manoeuvre, entre à Saint-Louis, lit 41, pour des varices du membre inférieur droit, ainsi que pour une trochantérite suppurée du côté gauche.

Son père a eu, dit-il, des varices.

Le début de l'affection remonterait à l'âge de 18 ans.

Depuis quelques années, le malade éprouvait un engourdissement pénible, dès que la station debout se prolongeait un peu.

La jambe droite, ainsi que le pied, sont sillonnés par de grosses varices décrivant des circonvolutions serpentine.

La peau, mince et mobile sur la plus grande étendue, est en certains points légèrement indurée et adhérente aux varices.

A la cuisse, la saphène apparaît nettement sous la forme d'un gros cordon bleuâtre visible surtout dans le tiers inférieur. De chaque côté on aperçoit de nombreuses et volumineuses collatérales. Les signes de l'insuffisance valvulaire de la saphène étaient des plus évidents.

3 juillet. — Opération après anesthésie générale.

La saphène interne a été excisée en trois points en dedans du genou (incision de trois centimètres) au niveau du canal de Hunter (6 centim.) et au tiers supérieur de la cuisse (7 cent.). De plus, un gros paquet variqueux a été excisé au mollet.

Ligature de plusieurs collatérales.

Les segments de veine excisés étaient épais, très indurés. Pas de traces de valvules dans leur intérieur. Suture cutanée, pansement compressif et immobilisation.

Le 4, quelques douleurs, — 38,5 le matin, 39 le soir.

Le 5, 39 le matin, le soir on défait le pansement et l'on constate une induration typique du reste de la Saphène fémorale, pas de traces de suppuration au niveau des points de suture.

Le 8, température normale.

Le 9, on enlève les fils, réunion correcte partout, on fait un second pansement et par précaution on immobilise de nouveau le membre inférieur dans une gouttière en fer blanc.

Cette température anormale qui nous avait inquiété les premiers jours, est certainement due à une infection intérieure produite par la trochantérite suppurée du côté opposé et le mauvais état général. De cette observation nous concluons qu'en présence de circonstances analogues, l'abstention serait plus prudente, ou du moins on devrait remettre l'opération à une époque ultérieure lorsque l'état général

du malade, permettra d'intervenir sans lui faire courir aucun danger.

Quoique le malade soit encore sous pansement nous pensons que le résultat sera satisfaisant. La phlébite elle-même qu'il a eue servira peut-être à consolider mieux la guérison.

OBSERVATIONS III

(Due à l'obligeance de M. Jaboulay)

Marie R. 28 ans, demoiselle de magasin.

Aucun antécédent héréditaire ou personnel digne d'intérêt.

Depuis cinq ans, elle est obligée de par sa profession à se tenir debout presque toute la journée.

Depuis trois ans, phénomènes d'engourdissement pénible de la jambe gauche.

Peu après, des crampes très douloureuses au mollet principalement la nuit et durant parfois des heures entières.

Le 15 février 1894 la malade a été admise dans le service de M. le professeur Poncet, salle Sainte-Anne.

Le 19, M. Jaboulay fit une incision de trois centimètres au niveau du canal de Hunter et réséqua entre deux ligatures un petit segment de la saphène interne qui était à ce niveau très dilatée.

Le 29, la malade quitta le service très satisfaite du résultat obtenu.

Nous avons revu la malade quatre mois après l'intervention, le bon résultat se maintient, et à la place des grosses varices d'autrefois, on ne voit plus au mollet que quelques petites veines; la malade continue à exercer la profession de demoiselle de magasin, sans bas élastiques et sans être nullement incommodée.

OBSERVATION IV

(M. Pollosson.)

Varices douloureuses du membre inférieur gauche excision de la saphène interne entre deux ligatures en cinq points.

Auguste M. 42 ans, valet de chambre.

Depuis l'âge de 15 ans, le malade était porteur de varices dans les deux membres inférieurs et principalement à gauche.

Depuis quelque temps, les douleurs gênaient tellement le malade dans l'exercice de ses fonctions que ce dernier vint en 1892, réclamer un soulagement à l'Hôtel-Dieu où il fut admis à la salle Saint-Louis, lit 75.

La saphène interne présentait à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen de la cuisse une dilatation ampullaire du volume d'une grosse noix.

M. le professeur Maurice Pollosson, pratiqua cinq excisions :

Deux à la cuisse.

Deux à la jambe.

Et la dernière sur le dos du pied au niveau de l'origine même de la saphène interne.

Dix jours après, le malade quittait le service complètement guéri.

Le malade n'a plus donné de ses nouvelles.

Il est très probable par ce fait même qu'il continue à se bien porter.

CONCLUSIONS

1° On doit considérer deux grandes variétés de varices :

a) Varices localisées à la jambe.

b) Varices compliquées d'insuffisance valvulaire du tronc de la saphène interne, variété de beaucoup la plus importante.

2° L'étude attentive des phénomènes de cette deuxième variété de varices montre quel rôle immense joue, dans la production de divers troubles, cette insuffisance valvulaire.

3° La condition essentielle, pour remédier à ces désordres, est d'arrêter le flux de sang de la veine iliaque dans la veine saphène et jusque dans les origines de celle-ci.

4° Deux moyens rationnels se présentent :

a) La ligature simple.

b) L'excision de la saphène entre deux ligatures en un ou plusieurs points.

5° La ligature simple ne garantissant pas toujours contre la récidence, l'excision reste la méthode de choix.

Vu : le Doyen,
LORTET.

Le Président de la Thèse,
POLLOSSON.

PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 24 juillet 1894.

Le Recteur,
EM. CHARLES.

BIBLIOGRAPHIE

PARÉ (A.). — Des Varices et le moyen de les couper, chap. XX. Œuvres d'A. Paré. 12^e édition. Lyon, 1614.

PETIT (J.-L.). — Œuvres posthumes de chirurgie. Paris, 1774.

BRIQUET. — Traité de la Phlébectasie. Archives de Médecine. 1825.

CORNIL. — Archives de Physiologie. 1872.

CHRÉTIEN. — Dictionnaire encyclopédique (article saphènes).

BONNET. — Mémoire sur le Traitement des Varices des membres inférieurs. Archives générales de Médecine. 1839, 3^e série.

VALETTE (de Lyon). — Des Varices, traitement par la cautérisation et les injections intra-veineuses. Cliniques chirurgicales. 1875.

VERNEUIL. — Gazette médicale 1855. Des Varices et de leur Traitement. Revue de Thérap. méd.-chir. 1854-55. Gazette hebdomadaire 1861. Thèse 1853.

LE DENTU. — Thèse de 1867,

RIGAUD. — Communication à la Société de Chirurgie, 1875.

MICHAUD. — Etude sur le Traitement curatif des Varices. Thèse de Paris, 1877.

SÉJOURNET. — Thèse de 1877.

WEINLECHNER. — Chirurgikalische Mittheilungen in Allgemeinen. Wiener med. Wochenschr. 1877.

STEELE MARSHALL. — Lancet. 23 janvier 1875.

DAVIES COLLEY. — Guy's hosp. rep. 1875.

ANNANDALE. — Brit. med. journ. 21 juin 1875.

FRY. — Brit. med. journ. 1885.

SCHUDE ITARKE. — XIII^e Congrès chir. Allem. 1884.

MADLUNG. — XIII^e Congrès chir. Allem. et Centralblatt f. chir. 1884.

REISEL. — Centralblatt für chir.. p. 619, 1877.

RIENZY. — Giorn. intern. del. sc. med. 1882.

QUÉNU. — Revue de Chirurgie, 1882. Traité de Chirurgie (article varices). Gazette hôp., 30 avril 1892.

SCHWARTZ. — Dictionnaire Jaccoud, 1885 (article Varices). Revue Chir. et Thérap., 1888.

LEBRUN. — Journ. méd. chir. pharm. Bruxelles, 1885.

RICARD. — Gazette hôp., 1890

CERNÉ (de Rouen). — Cure radicale des varices, lecture à la Société de Chirurgie, 15 octobre 1890.

BROCA. — Thèse de Paris, 1886.

HUGHES. — British med. journ., 1887.

MONTAZ. — Dauphiné méd., 1890.

ARCHAMBAUD. — Thèse de Paris, 1891.

DECOURTIOUX. — Thèse de Paris, 1891.

CHARRADE. — Thèse de Paris, 1892.

CORDEBARD. — Thèse de Paris, 1893.

ESTIENNY. — Thèse de Toulouse, 1893.

BRAUN (J.). — Allg. Wien. med. Zeitung, 1891.

LANDERER. — Arch. f. klin. chir. Berlin, 1891.

TCHARNOWSKY. — Chir. Veistnik. Saint-Petersbourg, 1891. Page 84-101.

TRENDELENBURG. — Beitrag z. klin. chir. Tübingen, 1890. T. VII, p. 195-210.

